



FICHA DE INSCRIPCIÓN

ENTIDAD ORGANIZADORA: PLUS ULTRA FORMACIÓN Nº DE EXPEDIENTE: B121547AG

DENOMINACIÓN DEL CURSO: _____

Nº ACCIÓN FORMATIVA _____ Nº GRUPO _____ FECHA DE INICIO _____ FECHA DE FIN _____

DATOS DEL TRABAJADOR/PARTICIPANTE

NIF: _____ NOMBRE Y APELLIDOS: _____

Nº AFILIACIÓN SEGURIDAD SOCIAL: _____ FECHA NACIMIENTO _____ SEXO (V/M) _____

DIRECCIÓN: _____ LOCALIDAD: _____

PROVINCIA: _____ C.P.: _____ TELÉFONO: _____ MÓVIL _____

E-MAIL _____ DISCAPACIDAD: SÍ NO

ESTUDIOS

- SIN ESTUDIOS ESTUDIOS PRIMARIOS GRADUADO ESCOLAR ESO FPI
 FPII BUP/COU BACHILLERATO DIPLOMATURA LICENCIATURA

ÁREA FUNCIONAL

- DIRECCIÓN ADMINISTRACIÓN COMERCIAL MANTENIMIENTO
 PRODUCCIÓN

CATEGORÍA PROFESIONAL

- DIRECTIVO MANDO INTERMEDIO TÉCNICO TRAB. CUALIFICADO
 TRABAJADOR NO CUALIFICADO

CÓDIGO GRUPO DE COTIZACIÓN ⁽¹⁾: _____ DESCRIPCIÓN: _____

ENTIDAD DONDE TRABAJA ACTUALMENTE

RAZÓN SOCIAL: _____

Nº. DE INSCRIPCIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL: _____ C.I.F.: _____

DOMICILIO DEL CENTRO DE TRABAJO: _____

LOCALIDAD: _____ PROVINCIA: _____ C.P.: _____ TELÉFONO: _____

El alumno se compromete a que va a completar el 75% de las horas totales que contenga la Acción Formativa o realizar el 75% de los cuestionarios de Evaluación. Asimismo y, a los efectos de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal y demás normativa de desarrollo, autoriza la utilización de los datos personales contenidos en el presente documento y su tratamiento informático para la gestión de la solicitud a que se refiere el mismo.

⁽¹⁾ (01) Ingenieros, Licenciados y Personal de Alta Dirección. (02) Ingenieros Técnicos, Peritos y Ayudantes Titulados. (03) Jefes Administrativos y de Taller. (04) Ayudantes No Titulados. (05) Oficiales Administrativos. (06) Subalternos. (07) Auxiliares Administrativos. (08) Oficiales de 1ª y 2ª. (09) Oficiales de 3ª y Especialistas. (10) Peones. (11) Trabajadores Menores de 18 años.

EL TRABAJADOR: _____ Representante Legal de los trabajadores* (Si Procede)

FDO.: _____
(NOMBRE Y APELLIDOS)

FDO.: _____
(NOMBRE Y APELLIDOS)

FECHA: _____

* Como Representante Legal de los Trabajadores, declaro conocer y aceptar la acción formativa, medios pedagógicos, criterios de selección, objetivos contenidos, número de horas, fecha de inicio, fecha de fin y horas de impartición.